

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

Изображение Государственного герба ДНР

**РЕСПУБЛИКАНСКАЯ СЛУЖБА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**
ДНР, г.Донецк, пр-т Панфилова, 15

полное наименование юридического лица или
Ф.И.О. физического лица – предпринимателя

адрес места нахождения юридического лица или
местожительство физического лица-предпринимателя

№ _____
На № _____ от _____

**УВЕДОМЛЕНИЕ
об отказе в предоставлении лицензии на
осуществление фармацевтической деятельности**

В соответствии с пунктом _____ «Положения о лицензировании фармацевтической деятельности» «Положения о Республиканской службе лекарственных средств Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики», утвержденного приказом Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики №69 от 02.02.2015 г.

в результате проверки Республиканской службой лекарственных средств Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики полноты и достоверности, указанных в заявлении

(наименование субъекта)

о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный № _____ от "___" _____ 20__ г.) и документах сведений, в том числе проверки соответствия Субъекта хозяйствования лицензионным требованиям установлено:

<*>заявление подано (подписано) лицом, не имеющим на это полномочий;

<*>наличие в представленных заявлениях о предоставлении лицензии и (или) прилагаемых к нему документах недостоверной или искаженной информации;

<*>несоответствие, установленное в ходе проверки Субъекта хозяйствования лицензионным требованиям;

<*>представление Субъектом хозяйствования заявления о предоставлении лицензии на вид деятельности указанный в настоящем

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

Положения и прилагаемых к этому заявлению документов, если в отношении данного Субъекта хозяйствования имеется решение об аннулировании ранее выданной лицензии на конкретное место осуществления деятельности по такому виду деятельности.

(указать выявленные нарушения, указать перечень документов)

Республиканская служба лекарственных средств Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики уведомляет об отказе в предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности.

Начальник службы

(подпись)

(Фамилия, инициалы)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)